



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Tecnología Médica

**Perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia
atendido en el Departamento de Rehabilitación en
Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología
Médica en el área de Terapia Ocupacional

AUTOR

Maria Gracia CUYA ORÉ

ASESOR

Mirtha Felicia SÁNCHEZ CASAS

Lima, Perú

2018



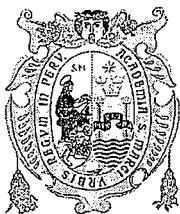
Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Cuya M. Perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Tecnología Médica; 2018.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Tecnología Médica



"Año del diálogo y la reconciliación nacional"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Conforme a lo estipulado en el Art. 113 inciso C del Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. No. 03013-R-16) y Art. 45.2 de la Ley Universitaria 30220. El Jurado de Sustentación de Tesis nombrado por la Dirección de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, conformado por los siguientes docentes:

Presidente: Lic. Enrique Eduardo Sarmiento Hurtado
Miembros: Lic. Rolando Urbano Berrocal Giraldez
Lic. Betty Liliana Gonzales Nuñez
Asesor : Lic. Mirtha Felicia Sánchez Casas

Se reunieron en la ciudad de Lima, el día 05 de setiembre de 2018, procediendo a evaluar la Sustentación de Tesis, titulado "PERFIL OCUPACIONAL DEL USUARIO CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDO EN EL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN, 2017", para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el Área de Terapia Ocupacional de la Bachiller:

MARIA GRACIA CUYA ORÉ

Habiendo obtenido el calificativo de:

16
(en números)

Dieciséis
(en letras)

Que corresponde a la mención de: BUENO

Quedando conforme con lo antes expuesto, se disponen a firmar la presente Acta.

Presidente
Lic. Enrique Eduardo Sarmiento Hurtado

Miembro
Lic. Rolando Urbano Berrocal Giraldez

Miembro
Lic. Betty Liliana Gonzales Nuñez



Asesor(a) de Tesis
Lic. Mirtha Felicia Sánchez Casas

Perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de
Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017

Autor:

Bachiller, CUYA ORÉ MARIA GRACIA

Asesor:

Lic. Mirtha Felicia Sánchez Casas

(Auxiliar TP 20 horas)

Co – Asesor:

Mg. Segundo León Sandoval

Dedicatoria

A las increíbles personas que depositaron su confianza en mí, que luchan constantemente contra la estigmatización y discriminación. Para aquellos que no permiten que un diagnóstico defina su vida.

“Las dificultades preparan a menudo a una persona para un destino extraordinario” C.S. Lewis.

A mi querido abuelo Nino, por enseñarme a vivir mi día a día con buena fe, increíble actitud y carisma.

A mi esperado bebé, tú que has llegado a darle felicidad a mis días, gracias por darme fuerzas e incentivarme a seguir creciendo como persona y profesional, esto va para ti con muchísimo amor.

Agradecimientos

Primero a Dios por brindarme la fuerza necesaria por continuar en cada paso que doy; a mis padres, quienes son mis maestros y guías de vida, por el apoyo incondicional que me han dado a lo largo de mi vida y a mi esposo por brindarme gran soporte y motivación inigualable en esta etapa. Todas las metas personales que he alcanzado hasta el día de hoy han sido gracias a ellos, por sus enseñanzas y el amor inmenso que me han brindado siempre.

Un agradecimiento especial a la licenciada Mirtha Sánchez, por sus enseñanzas, consejos y paciencia absoluta. A la licenciada Sarina Ramos, por el constante apoyo y ánimo brindado en la realización de mi tesis. Al Mg. Segundo León, por ser mi guía en el proceso metodológico de mi tesis. A los miembros de salud del área de Laborterapia en el DRESAM, por su constante entrega con los usuarios y por apoyarme en la entrega de información.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
1.1.	DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES	1
1.2.	IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.3.	OBJETIVOS	5
1.3.1.	Objetivo general	5
1.3.2.	Objetivos específicos	5
1.4.	BASES TEÓRICAS	6
1.4.1.	Antecedentes	6
1.4.2.	Base teórica	11
1.4.3.	Definición de términos	22
1.4.4.	Formulación de la hipótesis	23
II.	MÉTODOS	24
2.1.	DISEÑO METODOLÓGICO	24
2.1.1.	Tipo de investigación	24
2.1.2.	Diseño de la investigación	24
2.1.3.	Población	24
2.1.4.	Muestra y muestreo	24
2.1.4.1.	Criterios de inclusión	26
2.1.4.2.	Criterios de exclusión	26
2.1.5.	Variables	26
2.1.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
2.1.7.	Procedimientos y análisis de datos	28

2.1.8. Consideraciones éticas	29
III. RESULTADOS	31
IV. DISCUSIÓN	37
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
VIII. ANEXOS	46

Lista de tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de los usuarios con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán.

Tabla 2: Frecuencia de respuestas que limitan o favorecen la participación de los usuarios con esquizofrenia por aspecto personal y ambiental de acuerdo al contexto de la evaluación.

Tabla 3: Comparación de puntajes de los aspectos personales y ambientales según contexto de evaluación.

Resumen en español

INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud manifiesta que la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar principalmente al desempeño educativo y laboral. Esto debido a que, conlleva a cambios en la naturaleza del hacer, tanto en la motivación por realizar acciones significativas y con propósito, en la reconstrucción de hábitos e identificación de nuevos roles, en la eficiencia de habilidades, así como en la interacción de la persona con el medio ambiente social y físico. **OBJETIVO:** Determinar el perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán en el 2017. **METODOLOGÍA:** El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, transversal. La evaluación se realizó a 47 usuarios con esquizofrenia mediante el Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST) con el fin de identificar los aspectos personales y ambientales que favorecen y limitan con mayor frecuencia la participación en ocupaciones. **RESULTADOS:** Los aspectos personales que favorecen y limitan la participación en ocupaciones de los usuarios con esquizofrenia en ambos contextos de evaluación fueron las habilidades motoras y la volición, respectivamente. Por otro lado, el aspecto ambiental que favorece con mayor frecuencia fue el ambiente físico en ambos contextos de evaluación; mientras que, el aspecto ambiental social fue el aspecto ambiental que limita con mayor frecuencia la participación en ocupaciones dentro del contexto del hogar. **CONCLUSIONES:** Se evidenció que, dentro de los resultados de los aspectos personales no hay diferencia significativa en los contextos del hogar y hospital, lo mismo sucede con el resultado del aspecto ambiental físico. Sin embargo, en el aspecto de ambiente social, se encontró diferencia en el hogar y en el hospital, siendo el hogar el contexto que con mayor frecuencia limita la participación en ocupaciones.

Abstract

INTRODUCTION: The World Health Organization states that schizophrenia is associated with considerable disability and can be affected mainly by educational and work performance. This is because it involves changes in the nature of doing, both in the motivation to perform actions with and without intention, in the reconstruction of habits and in the identification of new roles, in the efficiency of skills, as well as in the interaction of the person with the social and physical environment. **OBJECTIVE:** To determine the occupational profile of the user with schizophrenia seen in the Mental Health Rehabilitation Department of Hermilio Valdizán Hospital in 2017. **METHODOLOGY:** The study was observational, prospective, cross-sectional. The evaluation was carried out on 47 users with schizophrenia through the Initial Occupational Profile of the Human Occupation Model (MOHOST) in order to identify the personal and environmental aspects that favor and limit the frequency of participation in occupations with the mayor. **RESULTS:** The personal aspects that favor and limit the participation in occupations of users with schizophrenia in both evaluation contexts were motor skills and volition, respectively. On the other hand, the environmental aspect that most frequently favors the physical environment in both evaluation contexts; while, the social environmental aspect was the environmental aspect that limits participation in the context of the home with the mayor. **CONCLUSIONS:** It was evidenced that, within the results of the personal aspects, there are no significant differences in the contexts of the home and the hospital, the same happens with the result of the physical environmental aspect. However, in the social environment aspect, the context that frequently affects participation in occupations is inserted in the home and in the hospital.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que la esquizofrenia afecta aproximadamente a 21 millones de personas en todo el mundo, además es uno de los trastornos que más afectan la vida propia y de la familia, generando un estigma social irreparable (1). Los estudios epidemiológicos a nivel mundial han mostrado que las tasas de incidencia de la esquizofrenia son comparativamente bajas, aproximadamente 15,2 por 100 000 habitantes al año (2). La alta prevalencia de la esquizofrenia, de 1 por 100 habitantes, independientemente de las características sociales o económicas de los diferentes países, hace de ésta un factor de gran impacto por su repercusión humana, económica y social, pues afecta al ser humano en la etapa más productiva de la vida –en el 75% de los casos los primeros síntomas de la enfermedad aparecen entre los 16 y 25 años de edad–. Es considerada como uno de los problemas de salud que más contribuye a la discapacidad en el mundo, dentro de las diez principales causas (3).

En el Perú, entre enero y noviembre de 2012, el Ministerio de Salud atendió 17 mil 758 casos con esquizofrenia a nivel nacional, siendo la más recurrente la esquizofrenia tipo paranoide. De ello, puede notarse que las regiones con más casos diagnosticados y con tratamiento son Lima, La Libertad, Junín, Callao y Apurímac; de acuerdo a las estadísticas del sector de Lima, la esquizofrenia se presenta mayoritariamente a partir de los 18 años, es así que contamos con más de 3 mil 704 atenciones a nivel nacional a pacientes entre los 18 y 29 años, mientras que alrededor de 8 mil 153 pacientes entre 30 y 59 años reciben tratamiento (4). En este contexto, se percibe que la relevancia que se le da a los trastornos mentales graves,

específicamente a la esquizofrenia y a las consecuencias que esta condición produce es mínima.

Las enfermedades psiquiátricas son consideradas como enfermedades crónicas y que producen alto porcentaje de discapacidad. En el año 2016, las más frecuentes atendidas por consulta externa en el Hospital Hermilio Valdizán fueron en primer lugar, los trastornos esquizofrénicos con 15,057 casos que equivalen a un 25%, distribuido en género femenino 6,798 casos y masculino 8,259 casos (5). Estos datos evidencian una gran cantidad de personas que requieren ser tratadas en el ámbito rehabilitatorio mediante el equipo interdisciplinario.

Se considera como perfil ocupacional a la herramienta que pertenece al proceso de evaluación; consiste en proporcionar un conocimiento en relación al historial de experiencias ocupacionales de la persona, sus patrones de vida diaria, intereses, valores y necesidades (6). Los síntomas tanto positivos como negativos que presenta la persona con esquizofrenia influyen en su motivación por el hacer, hábitos y roles, habilidades, sumado el ambiente en el que se desenvuelve, va a conllevar a la formación de un perfil ocupacional que probablemente no apoye su participación en ocupaciones y por lo tanto, reinserción social y laboral.

El desarrollo en cuanto a la formulación del problema respondería a la pregunta de: ¿Cuál es el perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017?

1.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar principalmente al desempeño educativo y laboral; puesto que conlleva a cambios en la naturaleza del hacer, tanto en la motivación por realizar acciones significativas y con propósito, en la reconstrucción

de hábitos e identificación de nuevos roles, en la eficiencia de habilidades, así como en la interacción de la persona con el medio ambiente social y físico.

Esta investigación pretende beneficiar el proceso de rehabilitación de la persona con esquizofrenia, focalizando el tratamiento en identificar aquellos aspectos del perfil ocupacional que facilita o interfiere su participación y por lo tanto, lograr su rehabilitación y reinserción social y laboral en la sociedad. Así mismo, permitirá una mejor comunicación de necesidades entre el usuario y el terapeuta ocupacional, así como con todo el equipo interdisciplinario de salud.

Según datos de la Asociación Mundial de Psiquiatría el 83% de la población general desconocería qué es la esquizofrenia. La ignorancia y la estigmatización que rodean a las enfermedades mentales están muy extendidas. Pese a disponer de tratamientos eficaces, existe la creencia de que no es posible tratar los trastornos mentales, o de que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Esa estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, y privar a las personas afectadas de atención médica y apoyo (5). Se pretende con este estudio que se establezcan e implementen a futuro políticas públicas contra estigmatización, discriminación socio laboral y en contra de la violación de sus derechos humanos, desarrollando campañas relacionadas a la concientización de la salud mental para ofrecer oportunidades en la participación social de las personas con esquizofrenia dentro de la comunidad. En dicha participación social se involucraría a la familia, quien también se ve afectada por la estigmatización y discriminación de la sociedad. Por otro lado, este estudio podría incentivar a implementar planes inclusivos en la currícula de las instituciones educativas superiores para poder ejercer una carrera técnica o universitaria, y acceder a las plazas que se presentan en diferentes trabajos que se ofrece a nivel nacional en las instituciones privadas y públicas.

La ley general de la persona con discapacidad nro. 29973, tiene como fin establecer el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y

tecnológica; dispone en su artículo 49° que las entidades públicas están obligadas a contratar personas con discapacidad en una proporción no inferior al 5% de la totalidad de su personal, y los empleadores privados con más de cincuenta trabajadores en una proporción no inferior al 3% (7). De acuerdo a lo anterior y en relación a los requerimientos del Ministerio de Trabajo del Perú, éste anualmente brinda oportunidades laborales para todas aquellas personas que tienen alguna discapacidad, sea física o mental. Para lograr captar dichas oportunidades laborales, la persona necesita tener un determinado perfil ocupacional apto para su participación laboral.

Los gastos en salud mental por parte del gobierno del departamento de salud son 0,27% del presupuesto total de salud. Esto indica que no se da la suficiente relevancia por parte del gobierno para la atención y rehabilitación de las personas con problemas de salud mental (5). En el 2014, fue creado un plan de salud mental, cuyos componentes incluyeron un cambio de los servicios y recursos de los hospitales psiquiátricos a los servicios de salud mental comunitarios. Se incluyó en el plan, la integración de los servicios de salud mental en la atención primaria. Es así que, el Hospital Vitarte y el Hospital Hermilio Valdizán se encargaron de promover y apoyar la creación de nuevos servicios de salud mental en la comunidad, sean estos bajo modalidad ambulatoria o de internamiento con corta estadía, centros comunales u otros, integrados a los diversos niveles de atención de la red de atención integral de salud (5). El fin de elaborar esta investigación dentro del Departamento de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán es desarrollar políticas de intervención eficaz y trasladarlo a los hospitales y centros de atención en salud mental a nivel nacional, esta intervención sería en base al perfil ocupacional inicial del proceso de rehabilitación para lograr un perfil idóneo final para su reinserción en el ámbito social, laboral y/o en su participación activa dentro de la propia familia. Además, considerando que una participación activa en la sociedad y en el ámbito laboral contribuirá al incremento de la población económicamente activa en el Perú y por consiguiente, al incremento de la economía del país.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el aspecto personal que con mayor frecuencia favorece la participación ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017.
- Identificar el aspecto ambiental que con mayor frecuencia favorece la participación ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017.
- Identificar el aspecto personal que con mayor frecuencia limita la participación ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017.
- Identificar el aspecto ambiental que con mayor frecuencia limita la participación ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017.

1.4. BASES TEÓRICAS

1.4.1. ANTECEDENTES

Blázquez, Martínez – Medina y Cruz García realizaron un estudio cuyo objetivo fue valorar si las personas que padecen un trastorno esquizofrénico manifiestan un menor nivel de gaudibilidad respecto de la población general, «gaudibilidad», que se define como «un constructo que engloba todos aquellos moduladores que regulan el disfrute experimentado». Se capturaron datos de dos muestras de adultos, una muestra (n=30) estaba constituida por pacientes diagnosticados de esquizofrenia del Hospital del Mar de Barcelona (España), y la otra muestra estaba compuesta por población general (n=37) que fue recolectada por medio de la técnica llamada «bola de nieve». Todos los participantes aceptaron contestar por escrito la escala de gaudibilidad. Los resultados indicaron que las personas diagnosticadas de esquizofrenia (media=48.27 y DE=11.22) mostraron menores niveles de gaudibilidad [$F(3)=4.303$, $p=.008$] que el grupo de control (media=56.73 y DT=9.80). Los resultados hallados fueron los esperados y son congruentes con los elevados niveles de anhedonia y bajos niveles de motivación intrínseca y afecto positivo hallados en diversos trabajos. Se concluyó que los niveles de baja gaudibilidad hallados en los pacientes con esquizofrenia podrían sugerir el diseño de programas específicos de intervención para aumentar los niveles de gaudibilidad de dichos pacientes (8) .

Ochoa, Martínez y colegas realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo fue analizar la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia que participan en los programas de rehabilitación psicosocial mediante la información subjetiva de las personas que padecen la enfermedad. Este estudio fue realizado en dos sesiones de cuatro grupos focales de personas con esquizofrenia que estaban siendo atendidas en servicios de rehabilitación psicosocial del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu, en el cual a partir de un guión establecido se abordaron un total de once áreas, éstas fueron la pérdida de roles sociales, pérdida de responsabilidades, miedo al rechazo, culpabilidad ligada a la enfermedad, peligrosidad, autorrestricción de las relaciones sociales, identidad, pérdida de control de su vida, pérdida de capacidades,

cronicidad, conciencia de la enfermedad, autoritarismo de parte de profesionales y benevolencia, para el análisis del estudio se utilizó el programa ATLAS-TI. Los resultados indicaron que las áreas de peligrosidad, culpa, pérdida de roles sociales y miedo al rechazo fueron aquellas que más mencionaron y más preocupaban a las personas que participaron en los grupos focales. Se concluyó que el identificar los aspectos que preocupan más a las personas con esquizofrenia y facilitan que sean discriminadas resulta de utilidad para implementar estrategias que favorezcan la reducción del estigma social en la comunidad y en las propias personas que lo padecen (9).

Samaratti realizó una estudio descriptivo con una lógica cuanti-cualitativa con el fin de analizar las rutinas diarias de las personas con discapacidad mental internadas en un Hogar de Centro de Día en la ciudad de Rosario, que viven allí por un periodo mayor a tres años. El estudio tuvo como muestra a 25 participantes elegidos mediante el tipo de muestra no probabilística por conveniencia, 12 de sexo masculino y 13 de sexo femenino, todas ellas con discapacidades mentales. La metodología utilizada incorporó la realización de dos evaluaciones, el instrumento de recolección de datos “Pastel de Vida” y el Cuestionario Ocupacional, además incluyó la observación directa en el ambiente en estudio y entrevistas con el personal del Hogar. Los resultados obtenidos apuntaron a un desequilibrio en las ocupaciones que conformaban las rutinas diarias, considerando las actividades que realizaban como tareas del diario vivir y dejándoles poco tiempo para descansar o recrearse. Los participantes del estudio evidenciaban una buena percepción del modo en que realizaban las actividades que conforman sus rutinas y disfrutaban de ellas, pero no consideraban que éstas fueran de gran importancia en relación a sus intereses y gustos personales. Cabe resaltar que las familias estaban presentes en su mayoría sólo para llevar la medicación o artículos necesitados por los residentes. Se concluyó que al demostrar que los usuarios no aprovechan el tiempo de su rutina diaria como quisieran, deben incorporarse espacios terapéuticos destinados exclusivamente al abordaje de la rutina diaria en instituciones (10).

Chapi Mori realizó un estudio observacional con diseño transversal, descriptivo y comparativo, cuyo objetivo fue indagar y conocer el rendimiento neuropsicológico en personas con esquizofrenia. La población fue de 18 usuarios, cuyas edades fluctuaban entre los 19 y 46 años, pertenecientes al área de Rehabilitación Profesional del Departamento de Rehabilitación del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado . Hideyo Noguchi” de la ciudad de Lima, la muestra se eligió a través del muestreo intencional, siendo 9 los usuarios. Las herramientas de exploración y evaluación neuropsicológica que se utilizaron fueron la Escala de Inteligencia Weschler para adultos (WAISS R) cuya finalidad es evaluar la capacidad cognitiva de la persona en las áreas verbal y no verbal, el Test de retención visomotor de Benton, que evalúa la percepción espacial, retención visual y habilidades visoconstructivas y el Test de colores y palabras (STROOP) cuya finalidad es evaluar las habilidades cognitivas. El análisis de los datos se hizo factible con la utilización de una base de datos con el programa Microsoft Office Excel 2003 y el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15.0. Los resultados indicaron que los niveles de rendimiento de retención visomotor a nivel general se tornan en la mayoría de los sujetos hacia un deterioro cognitivo grave, además las mujeres obtuvieron mejor desempeño en el rendimiento de la actividad de retención y orientación visomotora. La puntuación de flexibilidad cognitiva en todos los casos supera el percentil 30, lo cual pone en evidencia relativa resistencia a la interferencia en los sujetos, así mismo los usuarios mostraron respuestas de menor cuantía conforme las actividades se iban complejizando, manteniendo un desempeño decreciente al iniciar y terminar una tarea, cabe resaltar que cumplían las tareas si se sentían interesados y motivados. Se concluyó que el paciente con esquizofrenia que acude y se mantiene en un programa de rehabilitación integral presenta un diagnóstico favorable dado que a pesar de ciertos déficits cognoscitivos, el interés por el entorno, la ubicación en el espacio y las habilidades psicosociales adjuntos con el tratamiento farmacológico se transforman en grandes apoyos de estimulación y motivación de trabajo individual y grupal (11).

Cintrón Ríos realizó un estudio descriptivo cuyo propósito era determinar los factores que afectan el proceso de adaptación del usuario con esquizofrenia paranoide. La muestra estuvo constituida por 20 usuarios adultos con diagnóstico de esquizofrenia paranoide hospitalizados en una institución psiquiátrica en la zona metropolitana de San Juan en la ciudad de Puerto Rico. Para la obtención de los datos se utilizó un cuestionario desarrollado por la investigador que media la adaptación en usuarios con esquizofrenia tipo paranoide. Los resultados evidenciaron que los usuarios llevaban quince años con el diagnóstico, con diez años en promedio de tratamiento para dicha condición, a pesar de esto el 90% no recibía servicios de rehabilitación integrados. Se encontró que el nivel de adaptación social de los participantes alcanzó un 43%, esto a pesar que el 60% se perciben como adaptados; al ubicar este resultado en la escala desarrollada, se le consideró inadaptado pues entró en la categoría de 79% o menos. La necesidad de reconocer la ayuda profesional para lograr los cambios en su vida fue lo primero para los usuarios con un 80%, mientras que el reconocer la necesidad de apoyo para adaptarse y reconocer el apoyo de la familia como algo importado, ambos con 70%. Se concluyó que el usuario con esquizofrenia se encuentra inadaptado en su entorno social. Así mismo, los procesos que facilitan la adaptación y rehabilitación de estos usuarios se basaron en reconocer que necesitaban ayuda y, apoyo profesional y de parte de la familia durante los mismos. El hecho de que los usuarios no estuvieran en programas de rehabilitación y de reintegración social integrados mostró ser un elemento que afectó su adaptación (12).

Kramer, Kielhofner, Lee, Ashpole, & Castle llevaron a cabo una investigación con un total de 54 usuarios que recibieron tratamiento en la unidad de rehabilitación de hospitalizados. La muestra fue de 20 hombres y 34 mujeres con edad media de 58.13 años ($DE=15.1$); los participantes fueron divididos dentro de cinco categorías de diagnóstico, incluyendo las condiciones neurológicas (26), condiciones ortopédicas (14), condiciones médicas crónicas (11), sensoriales (2) y condiciones de salud mental (1). Para este estudio se usó un diseño retrospectivo para recolectar puntajes

con el MOHOST del ingreso y el alta de los usuarios por un periodo de 20 meses, además el MOHOST fue evaluado por cinco terapeutas. El análisis del modelo Rasch fue usado para determinar cambios en los puntajes del MOHOST por un tiempo. Las estadísticas calificadas fueron usadas para determinar si los terapeutas usaron el MOHOST de una manera consistente e intercambiable. Los resultados indicaron que el MOHOST fue capaz de detectar cambios desde el ingreso hasta el alta de los usuarios. Los resultados de las puntuaciones en el alta de los usuarios fue significativamente mayor que las puntuaciones en el ingreso. Se concluyó que El MOHOST puede ser usado para evaluar válidamente a usuarios con un rango de diagnóstico amplio. El MOHOST puede también ser usado fuera del periodo de tiempo para detectar cambios en la participación ocupacional después de la rehabilitación hospitalaria y para complementar la información proveniente de las evaluaciones enfocadas en la discapacidad (13).

Kielhofner, Fogg y colegas llevaron a cabo una investigación con un total de 166 usuarios, 139 eran varones y 27 mujeres, en un rango de 18 a 65 años, de los cuales 91 usuarios tenían un problema de salud mental, 59 usuarios tenían VIH/SIDA y 16 usuarios tenían un retraso en el desarrollo. Del total de usuarios, 59 pertenecían a un programa comunicatorio de vivienda transitoria (USA), 21 pertenecían a un recinto psiquiátrico de hospitalización aguda (USA) y 86 pertenecían a un hospital psiquiátrico de alta seguridad (UK). Un total de nueve terapeutas completaron el MOHOST con un total de 166 usuarios a través de una serie de análisis factoriales confirmatorios que se llevaron a cabo utilizando AMOS. Un modelo unidimensional fue comparado con el modelo de seis dimensiones basadas en los seis dimensiones teóricas del MOHO (volición, habituación, habilidades de comunicación /interacción, habilidades motoras, habilidades de proceso y el ambiente). Los resultados indicaron que del modelo de las seis dimensiones fue mejor que el del modelo unidimensional como por las estadísticas del relativo chi cuadrado y delta chi cuadrado, y que los coeficientes estandarizados entre los ítems y las seis dimensiones teóricas también indican que los ítems están bien diseñados para captar cada dimensión. Se concluyó

que este estudio confirma la hipótesis de que el MOHOST contiene seis factores y provee más evidencia de la validez del MOHOST. Los ítems del MOHOST fueron contruidos para representar diferentes tipos de influencias en la participación ocupacional. Este estudio provee evidencia que cada uno de estos diferentes tipos de influencia son únicos (14).

Kielhofner, Fan, Morley y colegas realizaron un estudio con un total de 1039, usuarios adultos psiquiátricos, 57% eran mujeres cuya edad media fue de 61 años. Este estudio combinó la “Teoría de la respuesta y teoría de los tests clásicos” para evaluar la validez del constructo, la fiabilidad de cada ítem por separado y la validez simultánea del MOHOST. Los datos fueron obtenidos usando SPSS 17.0 y Facets 3.62.0. El análisis Rasch fue usado para generar evidencia a cerca de las estadísticas precisas de cada ítem, el coeficiente de fiabilidad, el índice de separación de personas y el tipo de desajuste de la persona. Los resultados indicaron que todos los ítems dentro de cada subescala fueron buenos focalizando el constructo, todas las seis subescalas fueron capaces de clasificar a usuarios dentro de al menos tres diferentes niveles de participación, además las subescalas de volición y habituación fueron correlacionadas con las actividades de vida diaria, las subescalas de habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento y motoras y ambiente fueron correlacionadas respectivamente con los ítems “Problemas con relaciones”, “problemas cognitivos”, “problemas físicos o de discapacidad” y “problemas de condiciones de vida”. Se concluyó que los resultados de este estudio previeron evidencia para ambas teorías “Teoría de respuesta y teoría de los test clásicos” demostrando que el MOHOST tiene una buena validez de constructos, fiabilidad de cada ítem y validez consistente (15).

1.4.2. BASE TEÓRICA

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas

últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas (1). En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos; compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma (16). Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (17).

Diversos autores coinciden en la noción de una enfermedad que se desarrolla bajo un cierto patrón. Se forma una personalidad con cierta predisposición, y posteriormente se desencadena la enfermedad, de forma insidiosa o aguda. El proceso mediante el cual se origina el proceso patológica es de orden cognitivo, emocional y biológica, donde se hace hincapié en los circuitos dopaminérgicos (18). El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas negativas y de una conducta extraña; el curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (19).

En las funciones cognitivas superiores se observan alteraciones muy importantes y significativas, que requieren procesamiento de la información controlada y activa, como la atención sostenida, función ejecutiva, memoria de trabajo verbal, visoespacial, lenguaje, memoria y aprendizaje explícitos, y procesamiento perceptivo-motor (18).

La persona con esquizofrenia cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir en los actos y pensamientos del individuo afectado (16). Son frecuentes las alucinaciones, sobre todo las auditivas, que muchas veces comentan la propia conducta o los pensamientos propios de la persona; suelen presentarse además otros trastornos de la percepción como los colores o los sonidos, pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos que pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal.

Desde el comienzo, es frecuente la perplejidad la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, es decir, dirigido en contra la propia persona. Respecto al trastorno del pensamiento, los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación; así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible, también son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y la persona puede estar convencido que un agente extraño está grabando sus pensamientos(20). Por otro lado, las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia; la ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor, además pueden presentarse síntomas catatónicos, tales como excitación, flexibilidad cética, mutismo (16).

Kraepelin realizó una teorización que relacionó la patología esquizofrénica con alteraciones a nivel neurológico. Él relacionaba los déficit en emoción, volición y juicio con alteraciones en el lóbulo frontal. La sintomatología que produce esta patología repercute en la vida cotidiana de las personas con esquizofrenia y en su familia, en la participación en su comunidad por conductas exacerbadas e inexplicables ante la sociedad, además de limitar el medio laboral y educativo (18). Los estudios epidemiológicos han establecido que existen numerosos factores que confieren riesgo de esquizofrenia y muchos de estos actúan durante el período temprano del desarrollo cerebral, mientras otros son más comunes durante la adolescencia y la edad adulta como, el abuso de la marihuana. La mayoría de los factores de riesgo ambientales actúan durante el embarazo o el parto, así como también el lugar de nacimiento urbano(21). La historia familiar de esquizofrenia es el factor de riesgo individual más grande, ligado a esto, pero en menor medida, se considera como factor de riesgo la edad paterna elevada pues confiere riesgo para el diagnóstico de esquizofrenia ya que se asocia con defectos del desarrollo en general (20).

De los factores ambientales mencionados, se debe hacer un hincapié en la importancia de los entornos urbanos, a pesar de no conocerse con claridad el porqué de ésta importante incidencia- 30% del riesgo ambiental. Diversos estudios han asociado que el entorno rural tiene mayores niveles de socialización y además un entorno más seguro y conocido, que pone en menores dificultades las habilidades sociales del sujeto a comparación que la ciudad donde las personas están sometidas a la inseguridad (18). No en vano, las habilidades cognitivas secundarias se encuentran afectadas en los usuarios con esquizofrenia, y por ello le impide encarar de manera adecuada situaciones sociales complejas, especialmente aquellas que resultan cambiantes e imprevisibles (22).

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) de Gary Kielhofner intenta explicar de qué modo la ocupación de la persona es motivada, adopta patrones y es realizada. Al ofrecer explicaciones de fenómenos tan diversos, el MOHO ofrece un punto de vista amplio e integrador de la ocupación humana. Las teorías de terapia ocupacional que se concentran en el desempeño físico generalmente han acompañado a los componentes corporales involucrados en el hacer físico, mientras que las motivaciones se han considerado parte de un dominio mental separado. Existe un reconocimiento creciente de la importancia de considerar juntos cuerpo y mente para explicar los fenómenos; después de todo, la motivación para una tarea puede influir en el grado de esfuerzo físico dirigido a esa tarea, mientras que los deterioros físicos pueden disminuir el deseo de hacer cosas. Los conceptos del Modelo de Ocupación Humana intentan evitar la división de los seres humanos en componentes físico y mental separados, por el contrario cuerpo y mente se consideran aspectos integrados del ser humano total. A diferencia de la mayoría de los modelos que están diseñados para tipos específicos de discapacidad, este modelo está pensado para ser utilizado con cualquier persona que experimente problemas en la vida ocupacional, es decir para aquellas personas que tengan necesidades ocupacionales y por lo tanto, es aplicable en toda etapa de la vida (23). Este modelo propone que la volición,

habituación y la capacidad de desempeño representan las características internas del individuo que influyen en la ocupación; éstas interactúan con el medio ambiente determinando lo que el individuo hace.

Un aspecto personal con gran relevancia en la realización del hacer es la volición. A través del tiempo, las personas tienden a tener patrones similares de pensamientos y sentimientos volitivos; sin embargo, nuevas circunstancias como las alteraciones en el ambiente o en la capacidad de desempeño pueden cambiar estos pensamientos y sentimientos. Las personas comparten una perspectiva cultural similar con aquellos que los rodean, pero cada uno tiene pensamientos y sentimientos singulares, además éstas características reflejan la historia personal acumulada de cada uno. La volición puede comprenderse al examinar la relación dinámica entre la causalidad personal, valores e intereses, es decir, el sentido de competencia y eficacia, lo que uno encuentra importante y significativo hacer, y lo que uno disfruta hacer y le satisface (24).

Solemos estructurar nuestros días conforme a como los hemos estructurado los días previos, esta preparación internalizada para mostrar patrones constantes de conducta guiados por nuestros hábitos y roles y ajustados a las características del ambiente es la habituación. Si bien es recurrente y estable, la acción habituada no es predeterminada y rígida, más bien, la habituación implica una estrategia de acción; éstas estrategias de acción para hacer cosas son preservadas como hábitos y roles, y dan forma a lo que hacemos en los diferentes contextos en los que participamos (24).

Los hábitos organizan nuestro diario vivir, cuando ocurre una situación desafiante los hábitos pueden verse interrumpidos y provocar o que la dificultad crezca o de una manera positiva, que se establezcan nuevos hábitos flexibles para compensar las dificultades. La misma situación se presenta en los roles, una situación vulnerable como la discapacidad, impone una cantidad de desafíos para ocupar roles, por lo tanto

la persona sin roles suficientes tendrá dificultad automáticamente en su identidad, propósito y estructura de su vida diaria. Las personas con alguna dificultad en desempeñar sus roles deben definir el rol para ellas y comprender cómo desempeñarlos, y relegar los roles de enfermos. Barris realizó un estudio en el que mostró que los adolescentes que presentan una enfermedad mental tienen muchos más problemas con los roles académicos, recreativos y laborales que sus compañeros (23).

El Modelo de Ocupación Humana evalúa el hacer en tres niveles, la habilidad, el desempeño y la participación. El desempeño se refiere a hacer una forma ocupacional, éste se ve afectado por el ambiente, volición, roles y hábitos; dentro de cualquier desempeño ocupacional se puede discernir distintas acciones con propósito. Éstas acciones individuales y dirigidas hacia un objetivo dan forma a las habilidades. Sean habilidades motoras, habilidades de procesamiento o habilidades de interacción y comunicación, pueden verse alteradas cuando el ambiente o los aspectos personales de las personas se ven interferidas (24). Por otra parte, desempeño se refiere al hacer de las formas ocupacionales, es decir, de las tareas que involucra una ocupación. Participación ocupacional se refiere a la participación en las diferentes áreas de la ocupación: trabajo, juego o actividades de vida diaria que forman parte del contexto sociocultural y que son necesarios y deseados para el bienestar propio. Participación implica mucho más que desempeño, abarca también experiencia subjetiva; por lo tanto, la participación ocupacional es el realizar acciones con significado tanto personal como social. Además de ser personal debido a que los tipos de participación en los cuales está inmersa una persona están influidos por los motivos, hábitos, capacidades y limitaciones particulares del individuo y los roles que son quienes guían la participación de cada persona. También es contextual ya que el medio ambiente puede permitir o restringir la participación ocupacional (24). Como consecuencia, varias habilidades constituyen un desempeño ocupacional, así como varios desempeños ocupacionales constituyen un área de participación ocupacional.

En el diario vivir, nuestras ocupaciones se desarrollan en determinados medios ambientales, éstos pueden ser físicos y sociales, y son interpretados y moldeados por la cultura, la cual no solo influye en lo que se encuentra dentro del medio ambiente, sino en el modo en que una persona está predispuesta a interactuar con éste. El medio ambiente proporciona oportunidades y recursos que inducen y permiten elegir y hacer cosas, éstas oportunidades y recursos surgen de los lugares en los que habitan las personas, los objetos que utilizan, las personas que las rodean y todo aquello que se encuentra disponible para hacer. Así mismo, el ambiente puede proporcionar recursos para sostener la motivación, facilitar el desempeño en ocupaciones, así como es necesario para adquirir y representar hábitos y roles. Por otro lado, cada ambiente posee una variedad de condiciones que ponen límites en la acción. Las expectativas y limitaciones del medio ambiente pueden limitar las elecciones e interferir en la motivación, así mismo en la sociedad se ve restringida la participación por las barreras arquitectónicas que interfieren en el desempeño en el trabajo, el juego y tareas de la vida diaria, y las barreras sociales. A pesar que el gobierno brinda leyes y asistencia de salud, las actitudes de las personas en relación a la discapacidad demuestran reacciones negativas y de discriminación (24).

Se realizó un estudio en España sobre la relevancia del contacto social en los trastornos mentales en el cual afirmaban que el estigma asociado con la enfermedad mental es un problema de salud, al discriminar y limitar las oportunidades para quienes lo sufren. El contacto social con ellos es una estrategia usada para producir cambios en los estereotipos de la población. El objetivo del estudio fue el examinar las diferencias en el nivel de estigma en muestras con contacto social y la población en general. El método incluyó dos experimentos, el primero (n=52) incluyó jugadores en una liga de fútbol libre que jugaban en un equipo de jugadores con esquizofrenia. En el segundo experimento se incluyó una muestra sin contacto conocido (n=62) y una muestra con contacto (n=100) que fueron comparados. La herramienta de evaluación fue la AQ- 27, versión en español, donde la media

diferencial entre las dos muestras de cada una de las nueve subescalas fueron analizadas. Los resultados evidenciaron que en el primer experimento, todas las subescalas tenían más bajos puntajes en el post – contacto que en el pre – contacto, excepto por responsabilidad. Las dos subescalas que mostraron diferencias significativas fueron coacción y compasión. En el segundo experimento, las siete subescalas mostraron un nivel significativo ($p < .05$), mientras que segregación y responsabilidad no. Se concluyó que el contacto social hecho en situaciones diarias pueden tener un impacto positivo en la reducción del estigma, esto puede ayudar a promover la equidad de oportunidades (25).

Así mismo, se realizó otra investigación cuyo objetivo fue evaluar y comparar la cognición social en pacientes con esquizofrenia, familiares y controles sanos de primer grado. La muestra total estaba compuesta por pacientes con esquizofrenia paranoide ($N = 29$), parientes sanos de primer grado ($N = 21$) y controles ($N = 28$). Todos los grupos fueron evaluados con un cuestionario ad hoc y una Escala de Cognición Social, que evaluó los dominios: procesamiento emocional, percepción social y estilo atribucional en una población española. El grupo de pacientes también fue evaluado con la Escala para la Escala de Síndrome Positivo y Negativo y el Mini-examen de estado mental. Los análisis estadísticos se realizaron con SPSS versión 15.0. En los resultados se observó que los pacientes obtuvieron puntajes significativamente peores en todos los dominios de cognición social evaluados, en comparación con los controles, y el estilo de atribución de dominio, en comparación con los familiares. Se concluyó que la cognición social se ha convertido en un interesante objeto de estudio, especialmente en su relación con la cognición no-social, la psicopatología y el funcionamiento global de los pacientes, trayendo nuevos elementos a considerar en la detección precoz, tratamiento integral y rehabilitación psicosocial de los pacientes (26).

El perfil ocupacional es el paso inicial en el proceso de evaluación que provee una comprensión de la historia y experiencias ocupacionales del cliente, patrones de la vida diaria, intereses, valores y necesidades. Los problemas y preocupaciones del cliente acerca de su desempeño en ocupaciones y actividades de la vida diaria, son identificados, y las prioridades del cliente establecidas (6).

La existencia de una discapacidad puede alterar el perfil ocupacional de la persona y por lo tanto, su participación, pero no es necesario que la impida si se disponen los soportes ambientales y personales adecuados. Una interacción compleja y dinámica de los aspectos personales y ambientales, permitirá un adecuado perfil ocupacional y dará forma finalmente al espectro completo de la participación ocupacional en la vida de una persona (23). Ante el diagnóstico de esquizofrenia se va formando un determinado patrón de perfil ocupacional de las personas, influenciado por la cultura y sociedad que no brindan las oportunidades suficientes para que las personas con algún problema de salud mental puedan desenvolverse y reinserirse con regularidad dentro de su entorno. Cabe resaltar que si no hay una intervención adecuada sobre los síntomas, la persona afectada puede llegar a ser dependiente total de su cuidador en sus actividades básicas de vida diaria llegando a afectar su motivación, rutinas del día a día y habilidades.

Un estudio realizado en Chile describió la relación entre los efectos secundarios a la medicación y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. La muestra contó con 253 pacientes de los Servicios Públicos de Salud Mental de Bolivia, Perú y Chile quienes fueron evaluados con la Escala Barnes de Acatisia (EBA); la Escala de Simpson-Angus (SAS) y el Cuestionario de Calidad de Vida (SQoL-18). Ambas escalas: EBA ($\beta=-2,17$; $p=0,019$) y SAS ($\beta=-1,97$; $p=0,034$) presentaron una relación significativa con la escala de calidad de vida. Variables sociodemográficas como la edad ($\beta=-2,17$; $p=0,032$); la ocupación ($\beta=-4,12$; $p=0,046$); el nivel educativo ($\beta=-7,14$; $p=0,005$); la etnia ($\beta=-3,91$; $p=0,035$) y variables clínicas como severidad del

trastorno (PANSS) mostraron también un peso significativo en la calidad de vida ($\beta = -6,35$; $p \leq 0,01$). Al igual que en países desarrollados, los efectos secundarios de la medicación antipsicótica tienen una influencia en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia en estas regiones de Latinoamérica. Las razones probablemente responden a las mismas observadas en otros contextos, esto es la presencia de efectos secundarios de los antipsicóticos, genera en el paciente un grado de malestar que lo lleva a presentar una baja adherencia al tratamiento y en casos más graves, lo llevan a discontinuar el fármaco, con las consecuencias negativas que esto tiene en su bienestar. Se concluyó que los profesionales tratantes deberían considerar evaluar sistemáticamente los efectos de la medicación con el fin de manejar un adecuado ajuste farmacológico que considere también la percepción subjetiva del bienestar del paciente y favorezca a una mejor adherencia al tratamiento (27).

La esquizofrenia es un síndrome clínicamente heterogéneo que afecta múltiples dimensiones de la vida de los pacientes. Por lo tanto, su tratamiento podría requerir un enfoque multidimensional que debería tener en cuenta la efectividad, la eficacia y la eficiencia de cualquier intervención terapéutica (28).

Podemos deducir que con apoyo de agentes farmacológicos pertinentes para cada usuario, psicoterapia y terapia ocupacional la persona con esquizofrenia puede lograr mantener aquellas capacidades que han sido afectadas a raíz de la presencia de los diversos síntomas y tras un proceso de rehabilitación oportuno poder participar en ocupaciones significativas relacionadas a sus intereses y elecciones.

El Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST) es una herramienta de análisis basada en la teoría del Modelo de Ocupación Humana utilizado en todas las áreas de la práctica cuyo fin es el entregar una visión amplia del desempeño de la persona al participar en ocupaciones. Este instrumento de evaluación es flexible ya que entrega una evaluación completa de la persona usando

un método de recolección de información mixto (23). Consiste en 24 ítems, cuatro por cada sección; dentro de las secciones se encuentra la volición, habituación, habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras y el ambiente. A diferencia del ambiente, todas las secciones abordan los diferentes aspectos de la persona; en cambio en el ambiente no se evalúa las habilidades de la persona para manejarlo, sino los recursos, oportunidades, limitaciones y demandas del mismo ambiente para la persona en particular. El tener un número igual de ítems por sección permite comparar las fortalezas y enfocarse en las áreas de participación ocupacional que requieren de mayor evaluación o intervención. El valor del MOHOST se basa en su capacidad de considerar el impacto de la volición, habituación y del ambiente, de tal manera que aclara que el objetivo de la terapia ocupacional es más que el tratamiento de habilidades, involucra también el mirar de la persona y el cómo esta participa con el ambiente para poder completar las actividades de vida diaria, actividades productivas y de tiempo libre (23).

El Hospital Hermilio Valdizán inicia sus actividades en el año 1962, con la dirección del Dr. Humberto Rotondo Grimaldi, quien crea el Servicio de Terapia Ocupacional para complementar el tratamiento de los pacientes hospitalizados. En el año 2000, se inaugura el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental (DRESAM), comprendiendo el Servicio de Rehabilitación en la modalidad del programa Clínica de Día y el Servicio de Terapia Ocupacional. En la actualidad, el DRESAM sigue un proceso dinámico de readecuación para que cumpla con su objetivo fundamental, que es la rehabilitación de las funciones mentales y comportamentales de las personas con discapacidad mental, cubriendo la población infantil, adolescente y adultos, en sus aspectos de diagnóstico, rehabilitación y reinserción a la sociedad. Dentro de sus objetivos está el brindar atención en rehabilitación psiquiátrica para los usuarios en situación de discapacidad en el programa Clínica de Día, brindar atención de Terapia Ocupacional a los pacientes hospitalizados para ayudarlos a superar sus crisis, lograr la inserción tanto social como laboral de sus participantes, así como disminuir la tasa

de rehospitalizaciones(29). El programa de Clínica de Día brinda servicios de estampado, costura, tejido, elaboración de peluches, bordado, perlería, bisutería, macramé, pintado en tela, gimnasio, taller de psicomotricidad, deportes, taichí y yoga, taller de habilidades sociales, taller de habilidades cognitivas, taller de habilidades de higiene y autocuidado, psicoeducación a la familia, control de medicación y prevención de caídas y terapias grupales (29).

1.4.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adaptación ocupacional: Construcción de una identidad ocupacional positiva y el logro de los ambientes temporales, físicos y sociales de rutina.

Identidad ocupacional: Christiansen (1999) señala que la identidad se refiere a una definición compuesta del yo, que incluye roles y relaciones, valores, autoconcepto, deseos y objetivos personales. Este autor argumenta que nuestra participación en ocupaciones fomenta nuestras identidades.

La identidad ocupacional es el sentido compuesto de quién uno es y los deseos de convertirse en un ser ocupacional generado a partir de la propia historia de la participación ocupacional, por lo tanto refleja las experiencias vitales acumuladas que están organizadas en un conocimiento de quién ha sido uno y en un sentido de la dirección deseada y posible para el propio futuro.

Participación Ocupacional: La Organización Mundial de la Salud utiliza este término para referirse al compromiso de una persona en situaciones vitales.

Perfil Ocupacional: Herramienta que pertenece al proceso de evaluación según el marco de la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales y consiste en proporcionar un conocimiento en relación al historial de experiencias ocupacionales del cliente, sus patrones de vida diaria, intereses, valores y necesidades. Para ello, se identifican los problemas y preocupaciones del cliente acerca de llevar a cabo sus ocupaciones y actividades de vida diaria, en donde se determinan las prioridades del cliente.

Volición: Patrón de pensamientos y sentimientos acerca de la propia persona como actor en el propio mundo que ocurren a medida que uno anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que uno hace. Los pensamientos y sentimientos volitivos incluyen la causalidad personal, los valores e intereses.

1.4.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hipótesis significa suposición de una cosa posible, de la cual se obtiene una consecuencia, por lo tanto la hipótesis es una suposición o afirmación que debe comprobarse empíricamente (30). Al ser un estudio de tipo descriptivo cuya principal finalidad es identificar y describir características o atributos ignorados hasta el momento, no se requerirá la formulación de una hipótesis.

CAPÍTULO II

MÉTODOS

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio cuantitativo. Tipo descriptiva.

2.1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo observacional, prospectivo, transversal.

2.1.3. POBLACIÓN

Todos los usuarios con esquizofrenia atendidos en el programa Clínica de Día del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental en el Hospital Hermilio Valdizán en el año 2017.

2.1.4. MUESTRA Y MUESTREO

47 usuarios comprendidos entre las edades de 18 a 65 años que presenten esquizofrenia atendidos en el programa Clínica de Día del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental en el Hospital Hermilio Valdizán en el año 2017.

$$n = \frac{Z^2 p * q N}{e^2 (N - 1) + Z^2 p * q}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = población o universo

Z = nivel de confianza

p = probabilidad a favor

q = probabilidad en contra

e = error de muestra

Los usuarios nuevos atendidos en el DRESAM en los últimos años fueron 95 (2014), 53 (2015) y 41 (2016). Basado en los datos del año 2015, se ha calculado una muestra de 47 participantes teniendo en cuenta las siguientes consideraciones estadísticas:

Tamaño de la población: 53

Frecuencia esperada: 50%

Límite de confianza: 5%

Efecto del diseño: 1

Grupos: 1

Nivel de confianza	Tamaño del grupo (N)	Total de la muestra (n)
80%	40	40
90%	44	44
95%	47	47
97%	48	48
99%	49	49
99.9%	51	51

99.99%	51	51
--------	----	----

En el estudio se realizará un muestreo por conveniencia. se invitará y seleccionará todas las unidades de análisis (usuarios con esquizofrenia) que sean atendidos en el programa Clínica de Día del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán.

2.1.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarios con diagnóstico de esquizofrenia según criterios del CIE-10.
- Usuarios que asistan al programa Clínica de Día del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán.
- Consentimiento Informado al padre y/o apoderado debidamente firmado autorizando expresamente su participación en el estudio.
- Usuarios que reciben medicación para la sintomatología de la esquizofrenia.
- Usuarios que tengan secundaria concluida.
- Usuarios cuyas edades varía entre 18 y 65 años.

2.1.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Usuarios que presenten inestabilidad sintomatológica.
- Usuarios que han ingresado al DRESAM hace menos de tres meses.
- Usuarios que presenten otro diagnóstico de enfermedad mental como discapacidad intelectual.

2.1.5. VARIABLES

Variable independiente: perfil ocupacional

2.1.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la identificación de la población de estudio, se revisó el cuaderno de registro de asistencia de los usuarios del programa Clínica de Día del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán desde enero hasta diciembre del 2016. Así mismo se analizó el registro de los usuarios con esquizofrenia cuyas edades variaban entre los 18 y 65 años.

A los usuarios seleccionados y a sus padres/apoderados, se les hizo la invitación para participar del estudio cuando asistían en su horario habitual al programa Clínica de Día, informándoles detalladamente sobre la investigación que se desea realizar, respondiendo y aclarando sus inquietudes y preguntas; luego se entregó el consentimiento informado al padre o apoderado, pidiéndoles que lo lean cuidadosamente y si están de acuerdo, lo firmen en señal de conformidad y aceptación.

Para determinar los aspectos personales y ambientales del perfil ocupacional de los usuarios se utilizó como herramienta de evaluación el Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST). Esta evaluación entrega una perspectiva que es única de terapia ocupacional al documentar aquellas habilidades y aspectos que sólo pueden ser evaluados cuando la persona participa en ocupaciones, involucra el mirar a la persona y cómo esta participa con el ambiente para poder completar las actividades de vida diaria, actividades productivas y de tiempo libre. Este instrumento brinda la oportunidad a los terapeutas ocupacionales de formalizar el conocimiento que informalmente construyen acerca de la personas por un periodo de tiempo, documentando sistemáticamente sus observaciones en relación a cómo responden a la ocupación. Puede ser usado por ende, como base de discusión con la persona y el equipo interdisciplinario, para guiar los objetivos de la terapia y consensuar las metas ocupacionales. Es una herramienta de evaluación valiosa que puede utilizarse en los estados iniciales del proceso de evaluación cuando se planifica el tratamiento, al documentar el cambio cuando hay signos de progreso, o en forma alternativa cuando

se percibe un deterioro de la participación ocupacional, o en la planificación del alta, cuando se deriva a la persona a otro servicio. Su enfoque objetivo es particularmente útil cuando la práctica centrada en el cliente es desafiante. Existen cinco registros de evaluación del MOHOST, en este caso se utilizó el registro del MOHOST que permite la evaluación de los 24 ítems, de los cuales 20 están relacionados a la persona y 4 relacionados con el ambiente, donde cada ítem es puntuado con una escala de cuatro puntos. Para obtener el resultado de los aspectos ocupacionales, se debe promediar las cuatro puntuaciones emergentes de cada aspecto ocupacional personal y ambiental, es decir de la volición, habituación, habilidades motoras, habilidades de procesamiento, habilidades de comunicación e interacción y ambiente. El resultado permite conocer aquel aspecto ocupacional que favorece, permite, restringe o inhibe la participación en ocupaciones de la persona. Cabe resaltar que si la puntuación incluye números decimales, a partir del sexto decimal se considera un punto adicional. Este registro se recomienda puesto que permite documentar los aspectos de la persona en relación a sus ambientes; por lo tanto, es necesario completar dos o más registros del MOHOST para analizar el impacto de los distintos ambientes, especialmente cuando las instituciones, recursos, grupos sociales y demandas ocupacionales ofrecen distintos grados de apoyo (23).

En esta investigación se evaluó la participación ocupacional en dos contextos: en el servicio donde se lleva a cabo el taller de laborterapia del programa Clínica de Día Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán y en el hogar. El instrumento de evaluación solo fue completado por el terapeuta y luego, se procedió a discutir los hallazgos más importantes con el usuario.

2.1.7. PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Los procedimientos que se emplearon para la recolección de datos iniciaron, en primer lugar, con la debida autorización de la dirección del Hospital Hermilio Valdizán y de la jefatura del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental, al

facilitarnos el acceso a las instalaciones del programa Clínica de Día con el fin de acceder al registro de asistencia y permanencia del programa Clínica de Día, para revisar los posibles participantes del estudio. El segundo paso, fue la aceptación del consentimiento informado por parte del apoderado. El tercer paso consistió en obtener la información requerida a través de la observación dentro del taller de laborterapia, observación en contextos de grupo, conversaciones con la persona en relación a su motivación, rutina y roles y, conversación con el personal de salud que trabaja en el programa clínica de día y con los familiares. El cuarto paso, fue el completar los formularios de puntuación del registro de la evaluación del Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana. Durante el quinto paso, se procedió al análisis de las fortalezas y limitaciones de la persona con respecto a los contextos. Finalmente, se discutirá los hallazgos más importantes con la persona.

Se realizó un análisis descriptivo de las características generales de la población de estudio. Así mismo, se midió la frecuencia de cada resultado para cada aspecto evaluado de acuerdo a si “favorecen la participación” o “limitan la participación”. La significancia de las diferencias de los puntajes obtenidos en el hogar y el hospital fueron evaluadas con la prueba de Wilcoxon.

2.1.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue sometido por el Comité Institucional de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y del Hospital Hermilio Valdizán para su aplicación respectiva.

Una vez aprobado, se invitó a los usuarios a participar de la investigación, donde el padre y/o tutor que aceptaron la participación en el estudio voluntariamente de su hijo/apoderado firmaron el consentimiento.

Cabe resaltar que se respetó los derechos del autor obtenidos para la elaboración del marco teórico y se hizo referencia en la bibliografía.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1: Características sociodemográficas de los usuarios con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán (N:47)

		N	%
Edad	37 +/- 11.7	--	--
Sexo			
	Hombres	34	72
	Mujeres	13	28

Grado de instrucción			
	Secundaria	34	72
	Superior	13	28

En el análisis de los datos, se encontró que el promedio de la edad de los usuarios es de 37 años con una DE (derivación estándar) 11.7 años. El 72% de los evaluados fueron hombres y el 28%, mujeres. Por otro lado, acorde al grado de instrucción de los usuarios, el 28% tiene un nivel de educación superior, mientras que el 72%, secundaria completa.

Tabla 2. Frecuencia de respuestas que limitan o favorecen la participación de los usuarios con esquizofrenia por aspecto personal y ambiental de acuerdo al contexto de la evaluación.

		Hospital		Hogar	
		Limita la participación n N (%)	Favorece la participación n N (%)	Limita la participación n N (%)	Favorece la participación n N (%)
Aspecto personal	Volición	25 (53%)	22 (47%)	26 (55%)	21 (45%)
	Habituaación	22 (47%)	25 (47%)	25 (47%)	22 (47%)
	Habilidades de comunicación e interacción	20 (43%)	27 (57%)	20 (43%)	27 (57%)
	Habilidades de procesamiento	23 (49%)	24 (51%)	11 (23%)	36 (77%)

	Habilidades motoras	10 (21%)	37 (79%)	10 (21%)	37 (79%)
Aspecto ambiental 1	Ambiente físico	1 (2%)	46 (98%)	2 (4%)	45 (96%)
	Ambiente social	3 (6%)	44 (94%)	31 (66%)	16 (34%)

En el aspecto personal, se encontró que la volición es el aspecto personal que más limita la participación en ocupaciones de los usuarios con esquizofrenia cuando son evaluados en el hospital y en el hogar. Mientras que las habilidades motoras es el aspecto que más favorece la participación en ocupaciones de los usuarios cuando son evaluados en el hospital y en el hogar.

En el aspecto ambiental, se halló el ambiente social como el aspecto que más limita la participación en ocupaciones de los usuarios cuando son evaluados en el hospital. Mientras que el ambiente físico es el aspecto que más favorece la participación en ocupaciones de los usuarios con esquizofrenia cuando son evaluados tanto en el hogar como en el hospital.

Tabla 3: Comparación de puntajes de los aspectos personales y ambientales según contexto de evaluación

		Hospital	Hogar	<i>P</i>
Aspecto personal	Volición	2.5	2.5	0.0027
	Habitación	2.8	2.5	0.2655
	Habilidades de comunicación e interacción	2.8	2.8	0.8028
	Habilidades de procesamiento	2.8	2.8	0.7312
	Habilidades motoras	3.0	3.0	0.5723
Aspecto ambiental	Ambiente físico	3.0	3.0	0.6621
	Ambiente social	3.0	2.0	0.000

En la Tabla 3, se observa que no existen diferencias significativas en los puntajes para habituación, habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras y de ambiente físico, cuando son evaluadas en el hospital y en el hogar. Sin embargo, se observa que existen diferencias en los puntajes medios de volición y ambiente social cuando son evaluadas en el hogar y hospital.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Dentro de los aspectos personales, se destacó la volición como aquel aspecto que limita con mayor frecuencia la participación ocupacional de los usuarios en ambos contextos, tanto en el hogar como en el hospital. La volición incluye los valores, la causalidad personal y los intereses; todos ellos se interrelacionan y juntos constituyen el contenido de los sentimientos, pensamientos y decisiones acerca de participar en ocupaciones. Para participar en una ocupación significativa, la persona debe realizar elecciones, que va desde la elección de una actividad hasta la elección de una ocupación valorada (23). Según la investigación realizada por Tobe y colaboradores, los déficits de motivación intrínseca en pacientes con esquizofrenia se asociaron ampliamente con las características clínicas y fueron un factor determinante del funcionamiento social (31). Esto respalda que la volición es el aspecto personal que más limita la participación estando relacionado a la sintomatología y que llega a impactar en los roles sociales de la persona. Así mismo, otra investigación realizada en el 2009, sobre la motivación intrínseca y el aprendizaje en personas con esquizofrenia, indicó que el grupo que recibió tratamiento enfocado a mejorar la motivación intrínseca adquirió más habilidad aritmética, poseía una mayor motivación para la tarea, informó mayores sentimientos de autocompetencia después del tratamiento, y demostró una mejor atención posterior a la prueba (32). Es decir, un nivel bajo de motivación por el hacer en las personas con esquizofrenia puede limitar su participación en ocupaciones como la educación y el trabajo.

El aspecto personal que con mayor frecuencia favorece la participación ocupacional en el hogar y en el hospital son las habilidades motoras. Dichas habilidades involucran el moverse y el mover objetos en una tarea, incluye postura y movilidad, coordinación, fuerza y esfuerzo, energía. Si bien las personas con esquizofrenia pueden tener dificultades

a nivel motor como en su coordinación motora y los temblores, asociados a la medicación, se concluye que no es determinante en el desempeño ocupacional de la persona y por lo tanto, no tiene repercusiones de gran impacto en la participación social, educacional y laboral.

Dentro de los aspectos ambientales, se destacó el ambiente social como aquel que con mayor frecuencia limita la participación ocupacional de los usuarios en el contexto del hogar. El ambiente social está constituido por los grupos sociales, éstos otorgan y definen expectativas para roles y constituyen un espacio social en el cual esos roles son desempeñados e implica la dinámica familiar, amigos y apoyos sociales, expectativas; y las formas ocupacionales, las cuales determinan las acciones en lo que una persona se desempeña (23).

No se encontró que el ambiente social en el hospital sea el aspecto que con mayor frecuencia limita la participación de los usuarios. La diferencia radica que el contexto del hospital resulta ser un ambiente favorecedor ya que el grupo social está constituido por profesionales de salud, capacitados para la atención adecuada de las personas con esquizofrenia y por usuarios, quienes presentan la misma condición. Así mismo, las demandas ocupacionales para cada usuario son acorde a sus habilidades, intereses, tiempo y energía. Resultando el grupo social y las demandas ocupacionales una zona de confort para el usuario. Por el contrario, en el contexto del hogar, los grupos sociales como los familiares, vecinos y amigos desconocen sobre la esquizofrenia y eso repercute en el trato, en la estigmatización y discriminación hacia ellos. En el caso de las demandas ocupacionales, estas resultan ser presentadas por debajo de las habilidades de la persona, evidenciándose sobreprotección y subestimación.

Según una investigación realizada en el 2008, sobre la estigmatización en la esquizofrenia y otros trastornos mentales, la esquizofrenia constituye uno de los trastornos más afectados por la estigmatización; así mismo la sociedad manifestó mayores índices de

rechazo social hacia los pacientes cuanto mayor cercanía, privacidad e intimidad implica el vínculo a tener lugar. También se enfatizó que existen menores oportunidades laborales, así como un importante nivel de desconocimiento popular sobre las enfermedades mentales (33). Así mismo, en el 2017, una investigación realizada por Guedes de Pinho y colaboradores, sobre el apoyo social y calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, determinó que cuanto mayor es el apoyo social, más grande es la calidad de vida. Esto sustenta los resultados hallados en la investigación donde se hace hincapié en el ambiente social evaluado en el hogar como aspecto limitante (34).

El aspecto ambiental físico es aquel que con mayor frecuencia favorece la participación ocupacional de las personas con esquizofrenia en ambos contextos, tanto en el hogar como en el hospital. Éste involucra el espacio físico y los recursos físicos. Se evidenció que todos los usuarios contaban con un lugar físico donde poder participar en sus actividades de vida diaria y del taller de laborterapia, y que contaban con los recursos físicos básicos para poder realizar sus proyectos manuales; así como satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, sueño, higiene y tiempo libre en el hogar.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los resultados de los aspectos personales que favorecen y limitan la participación ocupacional, es decir las habilidades motoras y la volición, respectivamente; evidencian que no hay diferencia significativa en los contextos de hogar y hospital.
- El resultado del aspecto ambiental físico, que favorece la participación ocupacional, mostró que no hay diferencia significativa en los contextos de hogar y hospital. Sin embargo, en el aspecto de ambiente social, se encontró diferencia en el hogar y en el hospital, siendo el hogar el contexto que con mayor frecuencia limita la participación en ocupaciones de los usuarios con esquizofrenia.
- Esta investigación sigue apoyando a los resultados de otros estudios que señalan a la volición y el ambiente social como factores que con mayor frecuencia limitan la participación en ocupaciones de las personas con esquizofrenia.
- Se encontró que el 72% de los participantes fueron varones; mientras que el 28% de los participantes correspondían a las mujeres.
- El uso del instrumento de evaluación del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST) evidenció ser una evaluación adecuada para reconocer fortalezas y limitaciones de los usuarios. Así como se espera que sea un instrumento de evaluación y evolución de los usuarios.

5.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar investigaciones sobre la intervención de Terapia Ocupacional en los usuarios diagnosticados con esquizofrenia debido a que no se encontró suficientes referencias bibliográficas específicas sobre el tema y su abordaje en el país.

Se sugiere utilizar métodos de evaluación enfocados a la persona como ser holístico, por ejemplo, el Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana, dentro del Hospital Hermilio Valdizán, donde no solo se aborde el componente físico y cognitivo de la persona, sino también donde se evalúe la volición (intereses, valores, sentido de capacidad y eficacia), las rutinas, roles y el ambiente social, para lograr una intervención eficaz en el ámbito de rehabilitación mental.

Se sugiere realizar charlas informativas sobre la concientización de la esquizofrenia, haciendo hincapié en la relevancia de la rehabilitación, a los familiares de los usuarios con esquizofrenia del Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán.

5.3. LIMITACIONES

Se debió profundizar en la ficha de datos sociodemográficos de la población en estudio.

CAPÍTULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud OMdl. Esquizofrenia. (Nota descriptiva N°397).
2. España MdSyCGd. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. 1 ed. España2009.
3. R. G. Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Tercera ed. Colombia: Panamericana; 2008.
4. Salud Md. Esquizofrenia. 2013.
5. Valdizán HH. Plan Estratégico Institucional Reformulado 2014 - 2016. Perú2014.
6. Ocupacional AAdT. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 2002.
7. Perú CdlRd. Ley General de la Persona con Discapacidad - Ley N° 29973. Perú2012.
8. Padrós Blázquez F, Martínez-Medina MP, Cruz García MÁ. Nivel de gaudibilidad en pacientes esquizofrénicos: un estudio piloto. Salud mental. 2011;34:525.
9. Ochoa S, Martínez F, Ribas M, García-Franco M, López E, Villellas R, et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2011;31:477-89.
10. Samaratti MC. Las rutinas diarias de personas internadas en hogares con centro de día. Argentina: Universidad Abierta Interamericana; 2011.

11. Chapi Mori JL. Rendimiento neuropsicológico de personas con esquizofrenia pertenecientes a un programa de rehabilitación integral. 2011.
12. Cintrón Ríos I. La adaptación a la sociedad de los pacientes con esquizofrenia paranoide puertorriqueños. Puerto Rico: Universidad Metropolitana; 2012.
13. Kramer K, Lee, Ashpole, Castle. Utility of the Model of Human Occupation Screening Tool for detecting client change 2009; 25:[181-91 pp.]. Available from: www.moho.uic.edu.
14. Kielhofner F, Braveman, Forsyth, Kramer, Duncan. A factor analytic study of the Model of Human Occupation Screening Tool of hypothesized variables 2009; 25. Available from: www.moho.uic.edu.
15. Kielhofner F, Morley, Garnham, Heasman, Forsyth, Lee, Taylor. A psychometric study of the Model of Human Occupation Screening Tool 2010:[63-70 pp.]. Available from: www.uic.edu/depts/moho.
16. Salud OPdl. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Washington D.C.: Ginebra; 2013 [Décima:]
17. AP A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. Washington D.C.1995.
18. Selma Sánchez H. Neuropsicología de la esquizofrenia. España 2008.
19. Rodríguez K. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington D.C.2009.
20. Sánchez P, Pellegrini. Terapia Ocupacional en Salud Mental: Teoría y técnicas para la autonomía personal: Médica Panamericana; 2009.

21. Pablo G. La etiología de la esquizofrenia2012; 72. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000300007.
22. Kanashiro Yagui KI. Habilidades cognoscitivas en pacientes con esquizofrenia paranoide. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
23. K F. Manual del usuario del Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana. 2 ed. Chicago2004.
24. Kielhofner G. A Model Of Human Occupation: Theory and Application. Third edition ed2002.
25. Frías VM FJ, Guzmán S. Stigma: The relevance of social contact in mental disorder2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28651819>.
26. Rodríguez Sosa JT 1 GSH, Trujillo Cubas A , Winter Navarro M , León Pérez P , Guerra Cazorla LM , Martín Jiménez JM . Social cognition in patients with schizophrenia, their unaffected first degree relatives and healthy controls. Comparison between groups and analysis of associated clinical and sociodemographic variables. 2013.
27. Urzúa AC-UyA. Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000100010>.
28. Mental RPdS. Effectiveness, efficiency and efficacy in the multidimensional treatment of schizophrenia: Rethinking project. 2017.
29. Valdizán HH. Departamento de Rehabilitación en Salud Mental Lima2015 [Available from: <http://www.hhv.gob.pe/servicios/rehabilitacion.html>].
30. Gran Diccionario de la Lengua Española. España2016. Hipótesis.

31. Miki Tobe TN, Naohisa Tsujino, Taiju Yamaguchi, Naoyuki Katagiri, Chiyo Fujii, Masafumi Mizuno. Characteristics of motivation and their impacts on the functional outcomes in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2016;65:103-9.
32. Jimmy Choi AM. Intrinsic motivation and learning in a schizophrenia spectrum sample2009.
33. Leiderman MLYEA. Estigmatización de la esquizofrenia y otros trastornos mentales. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 2008;XIX:165-8.
34. Pinho LGd, Pereira A, Chaves C, Rocha MdL. Satisfação com o Suporte Social e Qualidade de Vida dos doentes com Esquizofrenia. 2017:33-8.

CAPÍTULO VII

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017”

Investigador:

Bachiller en Tecnología Médica – Área de terapia Ocupacional, Maria Gracia Cuya Oré.

Propósito

La intención de los objetivos del estudio es determinar el perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia para lograr su participación en ocupaciones, introducir la evaluación en un contexto rehabilitador en salud mental, específicamente en el programa Clínica de Día del Hospital Hermilio Valdizán, debido a que es un instrumento de evaluación flexible ya que entrega una evaluación completa de la persona usando un método de recolección de información mixto, de fácil implementación y ejecución. Esto permitirá identificar fortalezas y limitaciones en cualquier aspecto de la participación ocupacional de la persona.

Participación

El estudio pretende identificar el perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia enfocándose en identificar fortalezas y limitaciones de los aspectos personales y ambientales con el fin de lograr su participación en ocupaciones.

Si usted permite la participación de su hijo(a) en el estudio; se realizará la evaluación mediante el Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST) para determinar las características del perfil ocupacional y así, apoyar su participación en ocupaciones. Dicha evaluación consta de 6 secciones: Volición, habituación, habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras y ambiente, que permitirán evaluar en conjunto la participación ocupacional del usuario. Luego de aplicar la evaluación, se obtendrá los resultados y se pasará al registro de base de datos para obtener conclusiones.

Riesgos del Estudio

Este estudio no representa ningún riesgo para usted, ni para su hijo(a). Para su participación sólo es necesaria su autorización.

Beneficios del Estudio

Es importante señalar que, con su participación, usted contribuye a mejorar los conocimientos en el campo de la salud y de esta forma ayuda también a otras personas en condiciones similares, a su vez que usted recibirá una charla sobre cómo apoyar a su hijo(a) en casa para contribuir a la rehabilitación permanente y constante de éste.

Costo de la Participación

La participación en el estudio no tiene ningún costo económico para usted. Pero si requiero su compromiso al brindarnos al menos 3 meses de asistencias en el programa Clínica de Día y el tiempo que demorará realizar el Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST).

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán la identidad de los participantes. Se le asignará un número (código) a cada uno de los participantes que sean seleccionados con el diagnóstico de esquizofrenia, y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, etc.; de manera que el nombre de usted permanecerá en total confidencialidad. Con esto ninguna persona ajena a la investigación podrá conocer los nombres de los participantes.

Requisitos de participación

Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento informado con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo, si usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

Donde conseguir información

Para cualquier consulta, queja o comentario por favor comunicarse conmigo que gustosa aclararé sus dudas, Maria Gracia Cuya Oré – 984 214 940. Horario de lunes a viernes entre las 8a.m a 1p.m.

Declaración voluntaria

He sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma de cómo se realizará el estudio y de cómo se realizará la evaluación y registro de datos. Estoy enterado(a) también que puedo dejar de participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia de parte del equipo o de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Por lo anterior acepto voluntariamente permitir participar a mi hijo(a) en la investigación del estudio propuesto.

Firma del TUTOR

DNI:

Firma de la EVALUADORA

DNI: 71746930

ANEXO 2

PERFIL OCUPACIONAL DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOHOST)

Nombre: _____ Edad: ____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino ____ Femenino ____ Estatus: _____ Hospitalizado ____ Ambulatorio ____ Etnia: Blanco ____ Hispano ____ Negro ____ Asiático ____ Otro: _____ Diagnóstico: _____	Evaluador: _____ Firma: _____ Fecha del primer contacto: ____/____/____ Fecha de la Evaluación: ____/____/____ Lugar de Evaluación: _____ _____
---	---

Escala De Puntaje	F = Facilita la participación ocupacional P = Permite la participación ocupacional R = Restringe la participación ocupacional I = Inhibe la participación ocupacional	Desempeño competente que apoya el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados positivos. Desempeño que generalmente apoya el funcionamiento ocupacional y algunas veces lleva a resultados inciertos. Desempeño inefectivo que interfiere con el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados no deseados. El T.O. observa un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional. Desempeño deficitario que impide el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados inaceptables. El T.O. observa un déficit severo en el desempeño ocupacional.
-------------------------	--	--

Análisis de Fortalezas y Limitaciones

Resumen de Puntajes

Motivación por la Ocupación				Patrón de Ocupación				Habilidades de Comunicación & Interacción				Habilidades de Procesamiento				Habilidades Motoras				Ambiente			
Apreciación de Habilidades	Anticipación de éxito	Intereses	Elección	Rutina	Adaptabilidad	Responsabilidad	Roles	Habilidad no verbales	Conversación	Expresión verbal	Relaciones	Conocimiento	Temporalidad	Organización	Resol. Problemas	Postura y Movilidad	Coordinación	Fuerza y Esfuerzo	Energía	Espacio Físico	Recursos Físicos	Grupos Sociales	Demandas Ocupacionales
F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I

REGISTRO DE PUNTUACIÓN MOHOST

MOTIVACIÓN POR LA OCUPACIÓN		
Apreciación de habilidades Evalúa habilidades Creencia en habilidades Sentido de Capacidad	F P R I	Evalúa en forma realista la propia capacidad, reconoce fortalezas y se da cuenta de limitaciones Tendencia razonable a sobre/subestimar habilidades personales, reconoce algunas limitaciones Dificultad en comprensión de fortalezas y limitaciones si no se le apoya No puede reflexionar sobre habilidades, limitaciones, incapaz de apreciar habilidades propias Comentarios:
Expectativas de Éxito Sentido de Eficacia Sentido de Control Esperanza Optimismo	F P R I	Anticipa éxito, busca desafíos, positivo en relación a sobrepasar obstáculos Tiene alguna esperanza de éxito confianza adecuada, pero tiene algunas dudas, (podría necesitar aliento) Dificultad en mantener la confianza para superar las limitaciones/obstáculos, bajo sentido de eficacia (requiere apoyo) Pesimista, desesperanzado, o altamente sobre-valorado, se da por vencido ante las dificultades, ausencia de control personal Comentarios:
Intereses Goce expresado Satisfacción Curiosidad Participación	F P R I	Agudo, curioso, intenta nuevas actividades, expresa placer, persevera, se muestra contento Presenta intereses adecuados que guían sus elecciones Dificultad en la identificación de intereses, el interés no prevalece, ambivalente en la elección de actividad Se aburre fácilmente, incapaz de identificar intereses, apático, ausencia de curiosidad Comentarios:
Elecciones Disposición al cambio Intereses y metas Sentido de compromiso Propósito	F P R I	Preferencias y valores claros, motivado a establecer y trabajar en metas ocupacionales, los objetivos son congruentes con fortalezas y limitaciones La mayoría de las veces se muestra capaz de tomar decisiones. Puede necesitar apoyo para establecer y trabajar en sus metas Tiene dificultad para identificar lo que es importante o establecer y trabajar en metas personales, inconsistente No puede establecer metas, impulsivo, caótico, o falto de compromiso con las metas, o las metas son inalcanzables o basadas en valores antisociales Comentarios:

PATRÓN DE OCUPACIÓN		
Rutina Equilibrio Estructura Productividad Actividad	F	Habilidad para organizar una rutina equilibrada que apoya responsabilidades y metas (estable)
	P	Generalmente capaz de seguir una rutina organizada y productiva
	R	Dificultad para organizar rutinas equilibradas de actividades productivas y de actividades diarias que cumplan con las responsabilidades de las metas ocupacionales (requiere apoyo)
	I	Rutina caótica o vacía que no apoya responsabilidades y metas (errática/desequilibrada)
		Comentarios:
Adaptabilidad Anticipación al cambio Flexibilidad Respuesta al cambio Tolerancia al cambio	F	Anticipa el cambio, cambia acciones y rutina para cumplir con demandas, (flexible)
	P	Generalmente capaz de cambiar acciones, puede necesitar tiempo para acomodarse, dudoso
	R	Dificultad para adaptarse al cambio, reticente, pasivo, o sobre reacciona al cambio
	I	Rígido, incapaz de adaptar rutinas o tolerar el cambio
		Comentarios:
Roles Participación Pertenencia Respuesta a las demandas Variedad de roles	F	Tiene un sentido de identidad que emana de una variedad de roles, está comprometido con sus roles y es compatible con ellos
	P	Generalmente se identifica con uno o más roles y tiene algún sentido de pertenencia con ellos
	R	Identificación con roles limitada, conflicto o superposición de roles, bajo sentido de pertenencia
	I	No se identifica con ningún rol, presenta negligencia ante las demandas de los roles, no hay sentido de pertenencia
		Comentarios:
Responsabilidad Reconocimiento de responsabilidades Manejo de expectativas Cumplimiento de obligaciones Aceptación	F	Asume responsabilidades con voluntad, cumple con expectativas (confiable)
	P	Se adapta a la mayoría de las responsabilidades, cumple con la mayoría de las expectativas, capaz de completar la mayoría de las obligaciones
	R	Dificultad en ser capaz de cumplir con expectativas y completar las obligaciones del rol si no cuenta con apoyo
	I	Incapaz de cumplir con las demandas o actividades del rol
		Comentarios:

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN		
Habilidades no verbales Corporalidad Contacto visual Gesticulación Orientación	F P R I	Lenguaje corporal apropiado (posiblemente espontáneo) dada la cultura y las circunstancias Generalmente capaz de expresar y controlar el lenguaje corporal Dificultad en controlar/expresar lenguaje corporal apropiado (atrasado/limitado/desinhibido) Incapaz de expresar lenguaje corporal apropiado (ausente/incongruente/violento) Comentarios:
Conversación Abrirse Iniciar Mantener Contenido Lenguaje	F P R I	Inicia, se abre a otros, y mantiene conversación (claro, directo, abierto) Generalmente capaz de intercambiar información a través del uso del lenguaje/signos en forma efectiva Dificultad en iniciar, abrirse a otros o en mantener conversación (dudoso/abrupto/limitado/irrelevante) No se comunica, disgregado, comparte información bizarra o inapropiada Comentarios:
Expresión verbal Entonación Articulación Volumen Velocidad Ser Asertivo	F P R I	Asertivo, articula, usa tono, volumen y velocidad apropiada Expresión verbal es por lo general apropiada en tono, volumen y velocidad Dificultad al expresarse (confuso/discurso apresurado/monótono) Incapaz de expresarse (incomprensible/volumen demasiado fuerte o bajo /demasiado rápido o lento) Comentarios:
Relaciones Cooperación Colaboración Acogida Respeto	F P R I	Sociable, colaborador, atento a los demás, mantiene participación, amistoso, se relaciona bien con otros Generalmente capaz de relacionarse con otros, y la mayoría del tiempo se muestra atento a las necesidades de otros Dificultad en colaborar, o establece pocas relaciones positivas con otros (tímido, inapropiado, distraído) Incapaz de colaborar con otros y de establecer relaciones positivas con los demás Comentarios:



HABILIDADES DE PROCESAMIENTO		
Conocimiento Buscar y retener información Saber qué hacer en la actividad Saber cómo utilizar objetos	F	Busca y retiene información relevante, selecciona herramientas/objetos apropiadamente, muestra comprensión de las tareas y del uso de los objetos
	P	Generalmente busca y retiene información, selecciona objetos apropiadamente, muestra comprensión de las tareas y del uso de los objetos
	R	Demuestra dificultad en seleccionar y usar herramientas/objetos, dificultad en retener información y buscarla cuando es necesario (olvidadizo, confundido, con dificultad de darse cuenta de las circunstancias)
	I	Incapaz de usar conocimiento/objetos, desorientado, no retiene información preguntando siempre lo mismo Comentarios:
Temporalidad Iniciación Compleción Secuencia Concentración	F	Mantiene la concentración, comienza secuencias y completa las actividades en el tiempo apropiado
	P	Generalmente mantiene la concentración, comienza secuencias y completa las actividades en el tiempo apropiado
	R	Fluctuación de concentración, dificultad para iniciar, secuenciar y completar actividades
	I	Incapaz de concentrarse, de iniciar, de secuenciar o completar actividades Comentarios:
Organización Distribución de espacio y objetos Orden Preparación	F	Busca, reúne, y devuelve a su lugar herramientas/objetos necesarios para la actividad en forma eficiente (organizado)
	P	Generalmente busca, reúne, y devuelve a su lugar herramientas/objetos necesarios para la actividad
	R	Demuestra dificultad en buscar, reunir y devolver a su lugar herramientas/objetos, se observa desorganizado
	I	Incapaz de buscar, reunir y devolver a su lugar herramientas/objetos (caótico) Comentarios:
Resolución de problemas Juicio Adaptación Toma de decisiones Reacción	F	Muestra buen juicio, anticipa dificultades y genera soluciones posibles de llevar a cabo (racional)
	P	Generalmente toma decisiones basadas en las dificultades que aparecen
	R	Demuestra dificultad en anticipar y adaptarse a las dificultades que aparecen, confuso/busca reafirmación
	I	Incapaz de anticipar y adaptarse a las dificultades que aparecen, toma decisiones inapropiadas a la situación Comentarios:

HABILIDADES MOTORAS		
Postura y Movilidad Estabiliza Camina Alinea Alcanza Posiciona Se dobla Equilibra Se traslada	F	Estabilizado, recto, flexible, movimiento fluido para la realización de la actividad (posiblemente ágil)
	P	Generalmente capaz de mantener la postura y movilidad en la actividad en forma independiente o con ayudas técnicas
	R	Algunas veces se muestra inestable a pesar de las ayudas técnicas, lento, o se desenvuelve con dificultad
	I	Inestable, incapaz de alcanzar objetos, de doblarse o caminar
		Comentarios:
Coordinación Manipulación Movimiento fácil Fluidez Habilidades motoras finas	F	Coordina partes del cuerpo entre ellas, usa movimientos suaves, fluidos (muestra destreza)
	P	Demuestra algo de rigidez, o destreza dudosa que algunas veces causa interrupciones en la actividad
	R	Demuestra dificultad en coordinar movimientos, manipular, y usar movimientos fluidos (torpe/tembloroso/rígido)
	I	Incapaz de coordinar, manipular, usar movimientos fluidos
		Comentarios:
Fuerza y Esfuerzo Agarrar Transportar Mover Calibrar Coger/Tomar objetos	F	Agarra, mueve y transporta objetos en forma segura, con fuerza y velocidad apropiadas (se observa fuerte)
	P	Las habilidades de fuerza y esfuerzo son generalmente suficientes para la mayoría de las tareas
	R	Demuestra dificultad en agarrar, mover, transportar objetos con la fuerza y velocidad apropiadas
	I	Incapaz de agarrar, mover, transportar objetos con la fuerza y velocidad apropiadas (débil, frágil)
		Comentarios:
Energía Resistencia Atención Tiempo de ejecución (ritmo)	F	Mantiene niveles apropiados de energía, capaz de mantener tiempo y velocidad de ejecución durante la actividad
	P	Demuestra energía un poco alta o baja, capaz de mantener tiempo y velocidad de ejecución durante la ejecución de la mayoría de las tareas
	R	Demuestra dificultad en mantener energía (se cansa fácil/evidencia de fatiga/fácil de distraer/inquieto)
	I	Incapaz de mantener energía, falta de concentración, aletargado, inactivo o hiperactivo
		Comentarios:

AMBIENTE		
Espacio Físico Hogar & vecindario Lugares de trabajo/educación & esparcimiento Privacidad & accesibilidad Estimulación & comodidad	F	Favorece amplia gama de oportunidades, apoya & estimula participación en ocupaciones valoradas
	P	El espacio físico, en su mayoría es adecuado, y permite la participación en ocupaciones valoradas
	R	El espacio físico ofrece oportunidades limitadas y restringe el desempeño en ocupaciones valoradas
	I	No ofrece oportunidades e inhibe el desempeño de ocupaciones valoradas
		Comentarios:
Recursos Físicos Finanzas Equipamiento/objetos y herramientas Posesiones & transporte Seguridad & independencia	F	Permiten que las metas ocupacionales se logren de forma segura, fácil e independientemente
	P	Tienen un impacto cuestionable en la habilidad para lograr las metas ocupacionales
	R	Limita la habilidad para alcanzar las metas ocupacionales en forma segura, fácil, e independiente
	I	Tienen un gran impacto negativo en la habilidad para alcanzar las metas ocupacionales, conduce a altos riesgos
		Comentarios:
Grupos Sociales Dinámica Familiar Amigos & Apoyo social Clima laboral Expectativas & Participación	F	Ofrecen soporte práctico, los valores y actitudes apoyan funcionamiento óptimo
	P	Generalmente los grupos sociales ofrecen apoyo práctico, sin embargo, pueden tener mucha o poca participación
	R	Ofrecen apoyo reducido, o interfiere con el funcionamiento, apoyado por algunos grupos, pero no por otros
	I	No apoyan el funcionamiento dado a la falta de interés o a la participación inapropiada
		Comentarios:
Demandas Ocupacionales Demandas de las actividades sociales & de esparcimiento, actividades de la vida diaria, trabajo & responsabilidades domésticas Convicciones Culturales Complejidad de las tareas	F	Compatibilizan bien con habilidades, intereses, energía y tiempo disponibles
	P	Generalmente las demandas compatibilizan con las habilidades, intereses, energía o tiempo disponibles
	R	Algunas inconsistencias claras entre las demandas y las habilidades, intereses, o energía y tiempo disponibles
	I	Las demandas, en su mayoría, no son compatibles con las habilidades y motivación, energía y tiempo disponibles, poco o sobre demandantes
		Comentarios:

ANEXO 3

APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Lima, 3 de octubre de 2017

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 2455-D-FM-2017

Visto el Expediente N° 19756-FM-2017 de fecha 3 de octubre de 2017 de la Unidad de Trámite Documentario y Archivo de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de Tesis.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato N° 1569-D-FM-2013 ratificada con Resolución Rectoral N° 01717-R-2016 de fecha 19 de abril de 2016, se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su **Capítulo I. Introducción, Art. 2:** establece que: "La tesis debe ser un trabajo inédito de aporte original, por lo cual se espera que los estudiantes adquieran destrezas y conocimientos que los habiliten para utilizar la investigación como un instrumento de cambio, cualquiera sea el campo del desempeño" así mismo, en su **Capítulo VI: Del Asesoramiento de la tesis:** Art. 28 establece que: "La Dirección de la EAP con la opinión favorable del Comité de Investigación, solicitará a la Dirección Académica la Resolución Decanal respectiva para proceder a su ejecución".

Que, mediante Oficio N° 1932/FM-EPTM/2017 la Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, informa que el Proyecto de Tesis que figura en la propuesta cuenta con opinión favorable de la Comisión de Investigación de la citada Escuela para su ejecución, y;

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220:



SE RESUELVE:

1° Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:

Estudiante: Maria Gracia Cuya Oré Cód. 11010395 E.P. Tecnología Médica Área: Terapia Ocupacional	Título del Proyecto de Tesis: "Perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017"
Asesora: Lic. Mirtza Felicia Sánchez Casas Código Docente: 090441	

2° Encargar a la Escuela Profesional de Tecnología Médica el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

DRA. ANGELA R. CORNETO V. DE ESPEJO
Vicedecana Académica

DR. SERGIO G. RONCEROS MEDRANO
Decano

Av. Grau 755 - Lima 1. Apartado Postal 529 - Lima 100 - Perú Telf. (511) 3283229 - (511) 3283238
Web: www.medicina.unmsm.edu.pe



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



Lima, 20 de octubre de 2017

RESOLUCIÓN DE DECANATO Nº 2601-D-FM-2017

Visto el Expediente Nº 21131-FM-2017 de fecha 20 de octubre de 2017 de la Unidad de Trámite Documentario y Archivo de la Facultad de Medicina, sobre modificación de la Resolución de Decanato Nº 2455-D-FM-2017.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato Nº 2455-D-FM-2017 de fecha 3 de octubre de 2017 aprueba el Proyecto de Tesis titulado: "Perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017" elaborado por la tesista Maria Gracia Cuya Oré, con código de matrícula Nº 11010395; perteneciente a la Escuela Profesional de Tecnología Médica;

Que, mediante Oficio Nº 2357/FM-EPTM/2017 la Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, solicita la rectificación de la Resolución de Decanato Nº 2455-D-FM-2017; debido a que por error involuntario se tildó el nombre de la tesista dice: Maria, debe decir: Maria; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria Nº 30220;

SE RESUELVE:

- 1º Rectificar la Resolución de Decanato Nº 2455-D-FM-2017 de fecha 3 de octubre de 2017, en lo concerniente al primer nombre de la tesista MARIA GRACIA CUYA ORÉ, con código de matrícula Nº 11010395, perteneciente a la Escuela Profesional de Tecnología Médica; de acuerdo a lo detallado:

Dice:

Maria Gracia Cuya Oré

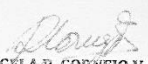
Debe decir:


Maria Gracia Cuya Oré

Quedando vigente todo lo demás que ella contiene.

- 2º Encargar a la Escuela Profesional de Tecnología Médica el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.


DRA. ÁNGELA R. CORNEJO V. DE ESPEJO
Vicedecana Académica


DR. SERGIO G. RONCEROS MEDRANO
Decano

cc: Decanato
EPTM
Interesada

/vjm

Av. Grau 755 - Lima 1 - Apartado Postal 529 - Lima 100 - Perú Teléfono (511) 6197000 - anexos 4606 / 4651
Decanato Telefax: (511) 3283231 Email: decanato.medicina@unmsm.edu.pe

ANEXO 4

APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

C



PERÚ
Ministerio de Salud

HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
DIRECCIÓN GENERAL
Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

Santa Anita, 04 de mayo de 2018

CARTA N° 100 -DG/ 075 -OADI/HHV-2018

SEÑORITA
MARIA GRACIA CUYA ORE
PRESENTE.-

ASUNTO: EJECUCION DE TESIS
REFERENCIA: SOLICITUD/O
(EXP. 18MP-03625-00) (OADI -175-HHV-2018)

De mi consideración:

Por medio del presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez comunicarle que se emite opinión FAVORABLE, según lo informado por la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.

INVESTIGADOR	TITULO DE LA INVESTIGACION
MARIA GRACIA CUYA ORE.	"PERFIL OCUPACIONAL DEL USUARIO CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDO EN EL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN, 2017".

El presupuesto para la ejecución de la investigación correrá por cuenta de los investigadores.

Es propicia la oportunidad para testimoniarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"
M.C. Gloria Luz Cordero Vergara
Directora General de
CMP 2149 RNE 12799

C. C. Archivo.

Carretera Central Km. 3.5
Santa Anita, Lima - Perú
Tel. 494-2410
Anexo 214

f.p.